



**Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD**

BÁRBARA LÚCIA DE SENA COSTA

**REGANHO DE PESO APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: ALGUMAS
OBSERVAÇÕES A PARTIR DA VISÃO DE JOYCE MCDOUGALL.**

Brasília
2017

BÁRBARA LÚCIA DE SENA COSTA

**REGANHO DE PESO APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: ALGUMAS
OBSERVAÇÕES A PARTIR DA VISÃO DE JOYCE MCDOUGALL.**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica.

Orientador: Prof. Carlos Cesar Marques Frausino.

Brasília
2017

BÁRBARA LÚCIA DE SENA COSTA

REGANHO DE PESO APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: ALGUMAS OBSERVAÇÕES A PARTIR DA VISÃO DE JOYCE MCDOUGALL.

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para a obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica.

Orientador: Prof. Carlos Cesar Marques Frausino.

Brasília, 22 de novembro de 2017.

Banca Examinadora

Profa. Dra. DIONE ZAVARONI

Prof. Dr. GILSON CIARALLO

RESUMO

A obesidade tem tomado proporções alarmantes no mundo e no Brasil, e apesar de não ser considerada uma doença, atinge o patamar de uma epidemia. Algumas soluções rápidas têm sido propostas pela medicina, como a cirurgia bariátrica. Este trabalho teve como objetivo discutir como os indivíduos se relacionam com o seu corpo na obesidade, a partir da visão psicanalítica, identificando a percepção do sujeito sobre as causas da obesidade, a avaliação que fazem dos benefícios da cirurgia bariátrica e se identificam questões psíquicas advindas com o reganho de peso. Foram entrevistadas sete pessoas e utilizou-se o referencial teórico da psicanálise, na visão de Joyce McDougall. Os relatos sugerem que ocorre a *desafetação*, conceito de McDougall que afirma que o sujeito ejeta do seu sistema psíquico os afetos e representações utilizando mecanismos arcaicos de somatização. Isto favorece a não percepção dos conteúdos e vivências que podem provocar a falta de controle sobre seu corpo e favorecem uma atribuição externa ao que lhe faz ganhar peso.

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia bariátrica. Psicanálise. Joyce McDougall.

ABSTRACT

Obesity has taken alarming proportions in the world and in Brazil, and although it is not considered a disease, it reaches the level of an epidemic. Some quick fixes have been proposed by medicine like bariatric surgery. This work aimed to discuss how individuals relate to their body in obesity, from the psychoanalytic view, identifying the subject's perception about the causes of obesity, the evaluation that make the benefits of bariatric surgery and identify psychic issues arising with the weight regain. Seven people were interviewed and the theoretical framework of psychoanalysis was used, according to Joyce McDougall. The reports suggest that there is disaffection, a concept by McDougall that states that the subject ejects from his psychic system affections and representations using archaic somatization mechanisms. This favors the non-perception of the contents and experiences that can provoke the lack of control over his body and favor an attribution external to the one that makes him gain weight.

Keywords: Obesity. Bariatric surgery. Psychoanalysis. Joyce McDougall.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1 O CONCEITO DE OBESIDADE	9
2 OBESIDADE E PSICANÁLISE	14
2.1 A contribuição de Joyce McDougall	14
3 SOBRE A PESQUISA	20
3.1 Descrição/relato dos entrevistados	20
3.2 Discussão	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	32

INTRODUÇÃO

O tema da obesidade está na pauta dos meios de comunicação, seja por ocasionar danos à saúde das pessoas, seja para anunciar novos produtos e novos tratamentos. A escolha deste tema pela pesquisadora consolidou-se a partir de uma monografia apreciada na disciplina "metodologia da pesquisa", quando percebeu a importância da questão.

De acordo com os dados do novo relatório da Organização das Nações Unidas, para Alimentação e Agricultura (FAO) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) - Panorama da Segurança Alimentar e Nutricional na América Latina e Caribe, mais da metade da população brasileira está com sobrepeso e a obesidade já atinge 20% das pessoas adultas (ONU, 2017).

Este dado alarmante aliado a uma verdadeira ditadura do corpo sarado e saudável, disseminado pela mídia, associado a uma indústria de produtos dietéticos e farmacêuticos, tem conduzido uma grande parcela deste grupo rumo às soluções rápidas e mágicas apresentadas pela sociedade médica que são, o implante do balão intragástrico, e vários tipos de cirurgia bariátrica.

Mas, apesar do aparente sucesso destes procedimentos no processo de emagrecimento nos dois primeiros anos, grande parcela dos sujeitos submetidos a estes procedimentos, voltam a ganhar peso.

Pesquisas que incluem a escuta psicanalítica de pessoas com obesidade mórbida ou que já foram submetidas a cirurgias bariátricas (NOVAES, 2008; ROCHA, VILHENA, NOVAES, 2008; MACHADO, 2011), demonstram a necessidade

de intervenções que possam romper com a cisão que se observa entre mente-corpo e com o crescimento da cultura do narcisismo onde:

a psicopatologia atual opera na lógica do fundamento biológico, a terapia medicamentosa ganha estatuto de primazia, há uma ênfase nas síndromes e sintomas corporais, na análise funcional da enfermidade em detrimento da etiologia. Entram em cena as depressões, as toxicomanias, os distúrbios da alimentação e o pânico como psicopatologias atuais frente a essa transformação na problemática do sujeito. Se observarmos, as psicopatologias marcam o fracasso daqueles que não conseguiram operar sob a égide da 'sociedade do espetáculo', da 'estetização da existência' e 'inflação do eu'. (BIRMAN, 1999 apud VASCONCELLOS; SEPÚLVEDA, 2011, p. 94).

A obesidade mórbida pode ser resolvida somente através da intervenção no corpo físico, por meio da cirurgia bariátrica. Essa é a solução apontada pela medicina e que, não tem tido a eficácia que promete, a partir dos casos de insucesso relatados em muitos estudos.

Será analisado neste trabalho, sob o ponto de vista da psicanálise, a relação dos sujeitos que se submeteram aos procedimentos de cirurgia bariátrica, identificando questões que vão além do ponto de vista médico, tais como:

- Os sujeitos avaliam que a cirurgia modificou o seu bem-estar psíquico?
- Os sujeitos consideram que seu estado psíquico é/ foi determinante na situação de obesidade?
- A que atribuem um reganho de peso após determinado tempo da cirurgia?
- Esta situação (de obesidade) ocasiona/ocasionou algum sofrimento psíquico?

Campos (2011) ressalta que, embora a obesidade não seja propriamente uma doença, ela adquiriu no final do século XX, o status de epidemia. Estudos recentes apresentam um modelo de análise segundo o qual, o indivíduo que tem problemas pré-existentes vai entrar em um tipo de ciclo que finda por alimentar o

chamado “desejo de emagrecer”, que por sua vez, torna-se uma compulsão (WILLIAMS, 2003 apud CAMPOS, 2011).

Este ciclo do “desejo de emagrecer é composto de cinco etapas: (1) o “portador de vulnerabilidades” vai sofrer a influência de frustrações e cobranças sociais, as quais acionam os mecanismos que levam à bulimia, à anorexia; (2) o indivíduo adota uma solução, o emagrecimento, perder peso continuamente é significado como ter aceitação social e como “tornar-se belo”, associado à felicidade; (3) a indústria da moda, a cultura de consumo e a mídia, a elas associada, compõem o trio perverso, no nosso entender, que veicula as múltiplas soluções para ter acesso rápido ao objetivo de emagrecer, em última instância, o “objetivo” de “ficar belo” (dietas mágicas e científicas, cirurgias, exercícios, roupas adaptadas); (4) perda de peso de efeito fugaz, sem que as “vulnerabilidades anteriores” sejam solucionadas, ou seja, insatisfações e frustrações não desaparecem com a gordura perdida; e (5) os esforços são percebidos como inúteis, levando à vergonha e à culpa, enfim, retoma-se a compulsão para emagrecer como “solução” (CAMPOS, 2011, p. 508).

Portanto, além das questões relacionadas ao bem-estar individual, pode-se pensar na obesidade como um problema de saúde pública, o que torna este trabalho um instrumento que visa contribuir com estudos acerca deste tema.

A partir do que se coloca acima, este trabalho tem como objetivo geral discutir como ocorre a relação do sujeito com o seu corpo na obesidade, a partir da visão psicanalítica e como objetivos específicos:

- Identificar a percepção do sujeito sobre as causas da obesidade;
- Avaliar os benefícios da cirurgia bariátrica para o sujeito;
- Analisar as questões psíquicas advindas com o reganho de peso.

Para alcançar os objetivos, foi realizada uma pesquisa qualitativa com sete respondentes, que foram selecionados a partir das relações pessoais da pesquisadora (dois) e que indicaram outros respondentes.

No primeiro capítulo foi apresentado o conceito de obesidade, no segundo realizou-se a uma revisão das ideias da psicanalista Joyce McDougall e no capítulo

seguinte foram apresentados os resultados das entrevistas bem como uma discussão com a teoria analisada anteriormente.

1 O CONCEITO DE OBESIDADE

A obesidade não é um fenômeno recente. Suas raízes históricas provêm da Era Paleolítica (20.000 até 30.000 anos a.C), sendo muitos os achados arqueológicos de artefatos de pedra representativos de mulheres corpulentas. Esculturas pré-históricas gregas, babilônicas e egípcias também demonstram a preferência escultural pelas mulheres obesas.

Uma vez que, a obesidade é um fenômeno complexo, multifacetado, sua compreensão exige a articulação de conhecimentos advindos de diversas áreas de estudo.

No que diz respeito à medicina, pode-se dizer que, mesmo havendo evidências clínicas de obesidade desde a Antiguidade até o final do século, poucos foram os trabalhos científicos capazes de levar à sua compreensão. De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde, deve-se aos trabalhos de Lavoisier e outros, no século XIX, o pioneirismo de mostrar a semelhança existente entre o metabolismo humano e o progresso de combustão lenta, associando a obesidade e a magreza às leis da termodinâmica. A descoberta de que a gordura se acumula nas células levou à ideia de que a obesidade poderia ser causada pelo aumento numérico delas, o que despertou a atenção da medicina. Na virada do século, o interesse pela obesidade intensificou-se, quando as companhias de seguro passaram a fornecer análises que combinavam obesidade com aumento da taxa de mortalidade (WHO, 2000 apud MACHADO, 2011).

Diante deste contexto, o obeso que, em alguns momentos da história, foi considerado saudável e próspero, deixou de ser assim considerado no mundo contemporâneo. Dessa forma, a correlação entre obesidade, complicações orgânicas e mortalidade conferiu ao obeso o *status* de doente, e à obesidade, o de doença que precisa ser tratada.

Dentro de uma visão médica, Monteiro (1998 apud MACHADO, 2011) aponta que, para se obter dados mais confiáveis, é necessário conhecer a composição corporal, a quantidade de gordura e como ela se distribui no corpo. Usa-se, por exemplo, a relação cintura/quadril e o perímetro do quadril, em que o mais usual são as medidas antropométricas, como as pregas cutâneas, peso, altura, circunferências e também as medidas mais sofisticadas, como ultrassom, condutividade elétrica, tomografia computadorizada, ativação de nêutrons, entre tantos outros.

A obesidade pode ser definida, de forma resumida, como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido a sua relação com várias complicações metabólicas. A base da doença é o processo indesejável do balanço energético positivo, resultando em ganho de peso. No entanto, ela é definida em termos de excesso de peso. A classificação da OMS é utilizada internacionalmente como um descritor validado, associando ao Índice de Massa Corporal (IMC), uma medida indireta de gordura corporal, com mortalidade e riscos para a saúde.

Segundo Benedetti (2003 apud MACHADO, 2011), em seu livro *De Obeso a Magro – A trajetória psicológica* é um índice prático, simples e tem valor diagnóstico e prognóstico, pois o aumento do IMC pode indicar risco para a saúde e até a morte, e sua diminuição corresponde a maior longevidade. Ainda de acordo

com Machado (2011), a Organização Mundial de Saúde aponta que os indivíduos com IMC de 25 a 29,9 kg/m² são classificados como pré-obeso, e aqueles com IMC de 30 a 34,9 kg/m² são classificados como Obesidade Classe I. Já o risco de comorbidade é classificado como moderado.

A partir de 1991, várias sociedades médicas internacionais estabeleceram como critério de recomendação da cirurgia bariátrica o insucesso do tratamento clínico em pacientes com IMC > 40, ou IMC > 35, nos casos de comorbidades graves associadas, com possível reversão mediante o emagrecimento induzido pela cirurgia. Alguns pontos devem ser acrescidos a essa indicação: 1) a presença de risco cirúrgico aceitável; 2) esclarecimento do paciente quanto ao seguimento de longo prazo e manutenção de terapias dietéticas e suplementação vitamínica durante toda a vida; 3) realização do procedimento por cirurgião habilitado; 4) possibilidade de avaliação e seguimento com equipe multidisciplinar das áreas clínicas endocrinologia, nutricional, psiquiátrica e psicologia.

Mas, existem outras visões sobre a questão da obesidade, dentre elas as mudanças ocorridas na sociedade contemporânea que, impulsionaram um novo estilo de vida, sobretudo, uma excessiva valorização da imagem influenciada pelo consumismo, pautado pela cultura do espetáculo e do narcisismo, oferecendo infinitas possibilidades de objetos a serem consumidos.

Na leitura de Lasch (1983 apud COSTA, 2003), vivemos em uma cultura narcisista; onde o mundo estaria centrado no eu da individualidade, sendo esta, sempre autorreferente. Debord (1997 apud COSTA, 2003) completa ainda dizendo que, o narcisismo soma-se a exigência do espetáculo como catalisador dos laços. Assim, o sujeito busca sempre a estetização de si mesmo, transformada na finalidade crucial de sua existência. A cultura do narcisismo e a sociedade do

espetáculo construíram um modelo de subjetividade em que se silenciam as possibilidades de encontro com o outro e o respeito a suas marcas defeituosas. O desejo sucumbe à exaltação dos emblemas narcísicos do ego, na demanda de autocentramento e do espetáculo.

A questão do obeso, reflete bem a ausência de sentido que caracteriza a sociedade contemporânea, na qual sua imagem perde o vínculo com a própria identidade, com sua referência, ou seja, com sua própria posição subjetiva.

Para Lasch (1983 apud COSTA, 2003), o narcisismo moderno é patológico, pois, o indivíduo contemporâneo se ocupa muito com a imagem que transmite aos outros e até a si mesmo. Preocupado em conseguir a aprovação do outro e a sua própria, diante do seu espelho particular, acaba por ignorar o outro e a si próprio. O exibicionismo e o autocentramento ganham destaque, a interioridade cede lugar à exterioridade, a admiração da diferença se torna insuportável.

Este período, coincide com os movimentos que marcavam a presença de uma nova ordem social, nomeada por muitos autores como pós-modernidade. Mas, o homem fagocitado pela velocidade da mídia, da informatização e da globalização, ainda sem tempo suficiente para processar tais mudanças em seu psiquismo, cai num desamparo, numa solidão e substitui o ser pelo ter, a ordem e o progresso, pela velocidade e pelo consumo. Assim surgem os obesos – ao mesmo tempo em que são consumidores implacáveis, são os fracassados na lógica consumista. Eles alimentam a indústria do consumo quando se propõem a comer tudo até inflar e depois podem consumir dietas, cirurgias e medicamentos para emagrecer.

Mas, por outro lado, quando ultrapassam a lógica do consumo, tornando-se a imagem do excesso e da falta de medida, serão os excluídos, os dejetos do campo do consumo. A obesidade então remete a uma violação das regras sociais

desta cultura do espetáculo. Cria-se uma nova identidade classificatória para esses consumidores falhos, e a obesidade se torna doença mundialmente conhecida.

Assim, nos esclarece Jurandir Costa (2003), o Narciso da atualidade não é mais o descrito por Freud, pois hoje não se ama mais a própria imagem, não se tem coragem para contemplá-la; mas, antes, odeia-se a própria imagem, e o corpo precisa ser construído em função do ideal ditado pela moda. O Narciso moderno não é um Narciso, é uma prosaica Moura-Torta (referência ao conto de fadas). Como a Moura-Torta, ele não ama a imagem de si mesmo, pelo contrário, a odeia, uma vez que está obsessivamente fascinado de forma invejosa pela imagem do outro.

A partir desta relação de ódio pelo próprio corpo, surge uma relação de violência, baseada em ódio e inveja do corpo desejado, motor do interesse narcísico presente na sociedade de consumo.

2 OBESIDADE E PSICANÁLISE

A ciência médica tem reconhecido a importância das questões psíquicas. Porém, como afirma Campos (2011, p. 507) "os aspectos psicológicos associados à obesidade, são frequentemente abordados com reserva e designados no plural".

Mesmo nas ciências sociais, ainda existe uma resistência para a abordagem da obesidade. Vários autores apontam a interveniência de fatores psicológicos, sem assegurar sua pré-existência ou não (HALPERN, 1995; SENA; SANTOS, 2003 apud CAMPOS, 2011), além dos aspectos chamados de modo impreciso de sociais, psicossociais ou culturais.

Assim, diz Campos (2011, p.507): "tanto no campo da medicina, quanto no da psicologia, aparece, explícita ou implicitamente, a visão de traços psicológicos suscetíveis de favorecer e, até, produzir a obesidade."

A psicanálise apresenta um corpo marcado e construído dentro de um circuito pulsional, sendo as relações primordiais fundamentais para a constituição da subjetividade e das possíveis psicopatologias. O que esta ciência tem a dizer sobre a obesidade? Embora muitos estudos tenham abordado os transtornos alimentares, como a anorexia e a bulimia, os estudos sobre a obesidade também podem beneficiar-se desta vertente do conhecimento que, lança luz sobre este corpo sexualizado. Para compreender o fenômeno da obesidade do ponto de vista da psicanálise, é preciso olhar o corpo erógeno, que se constitui a partir das primeiras relações.

2.1 A contribuição de Joyce McDougall

Peres (2010) ao tentar explicar a relação da psicossomática com a psicanálise afirma que, apesar de ter começado seus estudos com o corpo, Freud faz a opção de abordar os aspectos psíquicos. Simanke (2006 apud PERES, 2010, p.100) aponta que:

Freud, o mais empedernido dos materialistas, nunca subscreveria qualquer espécie de autonomia ontológica do psíquico [...]: o que ele propôs foi uma autonomia metodológica do psíquico, que permitiu abrir mão da referência ao dado orgânico na explicação deste domínio de fatos.

Joyce McDougall, psicanalista neozelandesa radicada na França, apresentou contribuições de grande relevância para a compreensão das complexas relações que se estabelecem entre mente e corpo.

Em sua obra, *Teatros do Corpo* (2000), relata que fez um retorno aos *Estudos sobre a histeria* de Freud (1895/1996) para compreender melhor as manifestações clínicas das perturbações corporais. Ela observa, na sua experiência clínica, que um "salto da mente no corpo se revelava de um modo totalmente diferente da histeria de defesa e de retenção". (MCDUGALL, 2000, p. 18). E conclui que os sintomas, através dos quais o psiquismo utilizava o corpo, não tinham o mesmo sentido que as somatizações por conversão. Apesar de muitas vezes serem rotulados como histéricos, muitos indivíduos "sofrem de sequelas de uma carência afetiva precoce e cujos gritos de aflição procuram chamar a atenção mais para o perigo de morte psíquica do que para o perigo de castração fálico-edipiana" (MCDUGALL, 2000, p.39).

A autora não considera que esses casos seriam uma histeria clássica, no máximo, seria possível falar numa *histeria arcaica*. Assim, ocorreria uma erotização primitiva implicando o corpo inteiro, que se oferece como local de conflito, e esse

tipo de organização teria a função de proteger contra a morte psíquica.

A autora salienta que as somatizações são como explosões do corpo, que não constituem nem uma comunicação (neurótica), nem uma restituição (psicótica). Neste aspecto, a somatização se aproxima dos atos-sintomas, tal como as adições (bulímica, tabágica, alcoólica, medicamentosa, etc.).

Descobrimos nesses casos uma carência na elaboração psíquica e uma falha na simbolização, as quais são compensadas por um agir de caráter compulsivo, procurando dessa forma reduzir a intensidade da dor psíquica pelo caminho mais curto (MCDUGALL, 1983, p.134).

McDougall aproxima as somatizações e as compulsões (dentre as quais se inclui a obesidade), e apresenta um novo olhar sobre os sintomas somáticos.

Enquanto Freud (1915/1976) indica três possíveis caminhos para o afeto inacessível ao consciente, a conversão histérica, a neurose obsessiva e neurose atual, McDougall apresenta uma quarta eventualidade, com a prevalência da *forclusão psíquica* de determinadas representações mentais. Neste sentido, trata-se de um afeto impedido de se expressar, que é eliminado, sem qualquer reparação. Assim, esta expulsão para fora do psiquismo não seria minimizada pela formação de sintomas neuróticos ou pela elaboração de ideias delirantes. McDougall (2000) utiliza, portanto, este conceito como forma de explicar o destino para este afeto excessivo, que prevalece neste modo de organização.

Para Bruch (1973, apud MACHADO, 2011), a origem dos transtornos alimentares e da obesidade estaria relacionada com a dificuldade da mãe em escutar as necessidades emocionais do bebê. Ao compreendê-las apenas enquanto necessidade orgânica, de base nutricional e, alimentando-o apenas com comida, acarretaria em seu pequeno filho, enorme dificuldade de reconhecer seus apelos internos, próprios dele, um novo ser humano. Em geral, isso ocorreria muito

precocemente, desde os primeiros dias de vida.

McDougall (1983) traz ainda que, devido às suas próprias questões inconscientes, a mãe falha em sua função e, com isto, impede que o bebê se separe, diferencie-se dela e construa um mundo interno que cuide e alivie, impedindo que o desenvolvimento psíquico ocorra de forma saudável.

Os afetos destes pacientes usualmente não encontram nenhum dos três destinos descritos por Freud (1895/1996), posto que, quando excluídos, não são convertidos, deslocados ou transformados, como ocorre, respectivamente, na histeria, na neurose obsessiva e na neurose de angústia ou na melancolia. Desse modo, McDougall (1983) defende que as emoções podem — ao contrário do que sugerem os pressupostos metapsicológicos clássicos — efetivamente desaparecem do aparelho psíquico mediante a expulsão do plano consciente de pensamentos, fantasias e representações, associadas a afetos capazes de provocar sofrimento.

Também não se desdobram no surgimento de fenômenos alucinatórios e delirantes, como uma defesa específica das psicoses. McDougall (2000) propõe que os afetos "ejetados" do aparelho mental de pacientes somáticos não geram como subproduto alucinações ou delírios, mas, sim, se perdem sem qualquer espécie de compensação psíquica. Como consequência, tendem, diferentemente do que ocorre com os psicóticos, a ser reduzidos à sua pura expressão somática.

Este fenômeno se repete no que McDougall (2000) chama de “ato-sintoma”, aquilo que geraria uma espécie de curto-circuito pulsional que ocorreria diante da descarga rápida e imediata da excitação vivida como excesso, diante de acontecimentos internos (medos, frustração, dentre outros) e externos (perdas reais), sem que haja qualquer tipo de elaboração. Para a autora, eles

corresponderiam “[...] a toda organização psíquica que tende a resolver, pela atuação no mundo exterior, um conflito interno” (MCDOUGALL, 2000, p. 213).

Logo, os conflitos de ordem psíquica são dissipados pela via da atuação, o que impede que sejam elaborados e traduzidos em palavras. Segundo Loli (2000, p. 57), “[...] os conflitos que deveriam ser resolvidos nessa instância dirigem-se para o funcionamento orgânico produzindo e mantendo a obesidade”.

A comida é, então, considerada um objeto aditivo, comparada aos objetos transitórios, aqueles que urgentemente são recriados pelo sujeito como forma de evitar a solidão e o sentimento de inferioridade e, conseqüentemente a dor, a angústia, o sofrimento psíquico, tão necessários para que outros objetos que se encontram em vias de introjeção possam ocupar o vazio, transformando-o em ausência (MCDOUGALL, 1983).

McDougall (2000) desenvolve o conceito de *desafetação* após notar que muitos dos seus pacientes psicossomáticos apresentam prejuízos na economia afetiva, que remetem a uma incapacidade de se emocionar. O discurso aparece esvaziado de valor simbólico, e ficam atrelados ao concreto. Esta característica surge como consequência de uma vivência invasiva precoce, que diante da impossibilidade de elaboração, foi automaticamente expulsa do campo da consciência. Desta maneira, existe um impulso a:

[...] ejetar do psiquismo percepções, pensamentos, fantasias e outras ocorrências de natureza psicológica (frequentemente criadas por situações banais no mundo exterior, porém carregadas de dor mental para o indivíduo, registradas, mas não reconhecidas como tais) pode produzir, no adulto, uma regressão a respostas somáticas ao invés de uma resposta psicótica (MCDOUGALL, 2000, p.116).

A *desafetação* é reconhecida como um instrumento de defesa, que diferente da repressão e do recalque, não se apresenta de forma consciente, nem

tem como consequência a transformação do conteúdo consciente em inconsciente. Assim, este mecanismo se aproxima a um processo psíquico observado por Freud em um período muito anterior, que é o repúdio para fora do ego. Remete a “[...] uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem sucedida. Nela, o ego rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais tivesse lhe ocorrido” (FREUD, 1894/1996, p. 64). Observa-se uma forma de forclusão dos afetos, que impedidos de significação encontra na somatização a única forma possível de expressão.

McDougall (2000) privilegia, então, a *desafetação*, que considera um grave distúrbio da economia afetiva, dentre os diversos fatores ligados a este mecanismo defensivo. Esta forma de funcionamento, tem como característica predominante a incapacidade de estabelecer contato com emoções intensas. O discurso pode aparecer intelectualizado, mas totalmente destituído de afetos, sem ligação entre as palavras, que não passam pelo processo de simbolização. Assim, a autora se utiliza deste termo para:

Indicar que esses indivíduos tenham vivenciado precocemente emoções intensas que ameaçavam seu sentimento de integridade e intensidade e que lhes foi necessário, a fim sobreviver psiquicamente, erigir um sistema muito sólido para evitar o retorno de suas experiências traumáticas portadoras de ameaça de aniquilamento. Refletindo sobre os casos de meus pacientes que se revelavam incapazes de recalcar as idéias ligadas a dor emocional e igualmente incapazes de projetar esses sentimentos, de maneira delirante, sobre as representações das outras pessoas, cheguei a hipóteses de que todos ejetavam brutalmente e preventivamente do campo do consciente qualquer representação carregada de afeto (MCDUGALL, 2000, p. 105).

McDougall (2000) percebeu que a criação de “peças de teatro interno”, escritas durante a primeira infância tem grande influência sobre a sexualidade do adulto, e se estende a mecanismos psicossomáticos. Desta forma, estudos acerca de manifestações neste período da vida a levaram a compreender que pacientes

adultos, por vezes, podiam funcionar psiquicamente como um bebê que, impossibilitado de utilizar as palavras como veículo de seu pensamento, só consegue expressar uma emoção dolorosa pelo corpo.

3 SOBRE A PESQUISA

No presente trabalho, numa tentativa de observar a teoria na realidade de pessoas que vivenciaram uma história de obesidade, foram entrevistados alguns indivíduos, selecionados a partir do conhecimento da pesquisadora (dois), indicações de amigos e outros sugeridos pelos próprios pesquisados.

O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, contando com uma amostra de 7 (sete) participantes, realizada no local de escolha dos entrevistados, uma no consultório da pesquisadora e os demais nos locais de trabalho dos pesquisados, em sala de reuniões, de forma privada. As entrevistas são do tipo semiestruturadas (ver roteiro no Apêndice A, p. 32), sendo estas, gravadas. As mesmas aconteceram entre o período de 01 a 31 de agosto de 2017.

3.1 Descrição/relato dos entrevistados

Entrevista 1: Sexo feminino, 50 anos

Relata que não se lembra quando começou a engordar, sempre foi gordinha, não se sentia mal com o seu corpo, já que toda a família é obesa. Quando começou a ter outras doenças e já estava com 120 quilos, decidiu fazer a cirurgia,

também porque familiares (pai e tia que eram diabéticos) faleceram em decorrência de complicações em função da obesidade. Por meio de seu plano de saúde, fez uma bateria de exames e participou de consultas com psicólogo, emagrecendo 40 quilos. Sentiu-se melhor em todos os aspectos da vida. Continua com o acompanhamento psicológico. Teve reganho de peso, que atribuiu a um descuido e pelo fato de após três anos não ter mais medo do "dumping"¹. Não consegue ver onde está errando, mas se diz uma pessoa muito ansiosa. Não quer voltar a ter o peso que tinha, porém, não sabe o que acontece. No momento, está voltando a consultar com a nutricionista e vai intensificar a terapia, dizendo à profissional: "Doutora, dê uma ajuda aí". Nunca se preocupou muito com o corpo, só considera que deve ser saudável e feliz, e acha que é.

Entrevista 2: Sexo masculino, 35 anos

No ensino fundamental era atleta, fazia duas horas de exercício diário, e quando entrou no ensino médio, não conseguia mais treinar, foi quando iniciou o processo de engordar. Não percebia o quanto tinha engordado, até que teve problemas de saúde e foi hospitalizado. Começou a participar de um programa do plano de saúde que contava com a presença de vários profissionais. Ao final do programa (que teve duração de oito meses), não tinha conseguido emagrecer o que precisava, o que por sua vez, motivou a equipe a sugerir a cirurgia. Só conseguiu ter dimensão do quanto estava gordo, quando começou a visualizar as roupas que usava. Acha que tinha uma distorção visual, uma "bulimia" ao contrário, pois ao se olhar no espelho e se via gordinho, não tendo a noção do quanto estava gordo.

¹ Distúrbio no aparelho digestivo que causam mal-estar.

Chegou a pesar 196 kg, diminuindo para 104 kg, e hoje se encontra com 110 kg. Atualmente o seu maior medo é voltar a engordar novamente. Recentemente, voltou a se consultar com a nutricionista e a praticar vela. O maior incômodo que sentia por ser gordo era na hora de comprar roupas. Nas relações sociais não sentia problemas, sempre exerceu papéis de liderança. Apesar do medo de engordar, considera que o reganho está dentro do previsto, mas não pode descuidar. Considera que o fator que o levou a engordar foi a ansiedade. Se considera uma pessoa ansiosa, não faz terapia, mas a endocrinologista de vez em quando, receita remédios para ansiedade.

Entrevista 3: Sexo feminino, 41 anos

Relata que sempre foi gordinha. Aos 15 anos emagreceu com uso de remédios. Logo depois engordou mais ainda, porém não era considerada obesa, somente com sobrepeso. Sentia-se incomodada quando ia à praia, mas no geral convivia bem com este sobrepeso. Quando casou, tentou engravidar e não conseguia. Fez um tratamento e engordou em um ano, 45 kg. Considera que foi pela ansiedade para engravidar e pelos remédios que tomou. Não conseguia engravidar, e ao procurar outro médico descobriu que estava infértil devido a obesidade. Resolveu fazer a cirurgia bariátrica para solucionar rapidamente o problema. Fez o acompanhamento psicológico, por imposição do plano de saúde, como requisito obrigatório para fazer a cirurgia, sendo acompanhada pela psicóloga até um ano depois do procedimento. Pesava, antes da cirurgia, 120 kg, diminuindo para 74 kg após o processo de emagrecimento. Com um ano e seis meses engravidou. Hoje, oscila entre 75 e 78 kg. Sua meta é não passar de 80 kg. A dieta ainda faz parte da

sua vida. O que ainda a incomoda não é o reganho, mas o excesso de pele/flacidez que ainda tem. Considera que durante os momentos conturbados ganha peso. Quando tem muito trabalho e não consegue organizar seu tempo de exercícios, engorda.

Entrevista 4: Sexo feminino, 29 anos

Relata que sempre foi uma criança gorda. Quando tinha 14 anos, descobriu que tinha hipotireoidismo. Com 24 anos teve hérnia na coluna e por estar no maior peso, isso afetava, decidindo então, fazer a cirurgia. Fez processo terapêutico por um período de seis meses para conseguir operar. Antes da cirurgia pesava 113 Kg, após a cirurgia chegou a pesar 66 kg, e agora reganhou 6 kg. Considera que, foi uma mudança de vida. O incômodo refere-se somente às idas ao banheiro que se tornaram mais frequentes. Continua a ter cuidado com a alimentação e faz exercícios físicos. Está com três anos da cirurgia.

Entrevista 5: Sexo masculino, 45 anos

Lembra que começou a engordar aos 17 anos, por ser um jovem com muitos complexos e medos. Acha que se confortava com a comida. Quando chegou aos 200 kg e apresentando pressão alta (20/14), decidiu fazer a cirurgia, fazendo o acompanhamento necessário para obter o laudo para o procedimento. Chegou a perder 107 kg, chegando a pesar 93 kg. O entrevistado, afirma ter ficado feliz com o resultado do procedimento, onde foi possível ver os resultados em seis meses após

a cirurgia. Porém, atualmente está com 115 kg, ou seja, ganhou 22 kg. Atribui o reganho ao estresse. Hoje o grande sofrimento é o medo de ganhar peso.

Entrevista 6: Sexo feminino, 34 anos

Começou a engordar aos 11 anos, na adolescência e o seu auge foi na faculdade, quando fez dietas, tomou remédios e emagreceu, porém, engordou tudo de novo. Não fez acompanhamento psicológico, apenas as sessões para obter o laudo. Decidiu fazer a cirurgia porque queria engravidar e não conseguia. O seu maior peso foi 125 kg, e o menor 74 kg. Perdeu 51 kg. Ainda não reganhou peso, mesmo após um ano e sete meses de cirurgia e, acha que o sofrimento ocorria quando não conseguia engravidar e também pela dificuldade de comprar roupas.

Entrevista 7: Sexo feminino, 40 anos

Relata que nunca foi magrinha, mas o descontrole com o peso iniciou no ano 2000, quando começou a trabalhar e a comer fora de casa. Atribui o ganho de peso ao estresse do dia-a-dia, a má alimentação que passou a ter e a falta de atividades físicas. Não havia qualidade de alimentação e havia muitos excessos. Após a primeira gravidez em 2003, o quadro se agravou ainda mais. A obesidade trazia vários problemas psicológicos e físicos. O ganho de peso excessivo limitava a realização de atividades físicas, brincar com a filha, comprar roupas e muitas outras coisas. Fez o acompanhamento psicológico um ano antes da cirurgia e mais um tempo depois. A cirurgia foi em fev/2006. Foi muito tranquila, não teve muitos problemas. Teve pouquíssimo dumping, mas sofria com entalos. Até hoje, há alguns

alimentos que não consegue digerir muito bem. Se sentiu muito bem por emagrecer, mas os problemas estéticos pós-obesidade incomodam um pouco. Maior peso: 120 Kg - fev/2006; Menor peso: 64 Kg - jan/2012; Peso atual: 77 Kg - set/2017. Engravidou novamente dois anos após a cirurgia, ganhando na gravidez 25 quilos. Eliminou esses quilos, chegando ao menor peso em janeiro de 2012, onde voltou a engordar novamente. Atribui o reganho de peso ao fato de ter diminuído o controle com a alimentação e ter diminuído, até parado em alguns períodos, com as atividades físicas. A obesidade lhe causou muito sofrimento e ainda causa tristeza, depressão, não aceitação do próprio corpo e privação dos alimentos que gosta de beber e comer. É uma luta diária. Não é mais obesa mórbida, mas apresenta sobrepeso e luta constantemente contra tudo isso (o peso e sofrimento que ele causa).

3.2 Discussão

Uma afirmação presente na fala dos entrevistados é que não sentiam incomodo com o corpo, a não ser, quando apresentaram outras doenças decorrentes da obesidade ou quando iam comprar roupas. Um dos entrevistados relatou que não tinha noção do peso que tinha, se olhava no espelho e não se via gordo, só teve conhecimento do seu corpo quando emagreceu e viu, após a cirurgia, as roupas que usava antes. Mc Dougall, a partir de autores como Winnicott, Melanie Klein e Bion, apresenta a ideia de que quando a:

[...] mãe não consegue proteger o bebê da superestimulação traumática (especialmente quando ele está sofrendo) ou quando o expõe a subestimulação igualmente traumática, isso pode levá-lo a uma incapacidade de distinguir a representação de si mesmo da representação do outro. Consequentemente, pode suscitar uma representação corporal arcaica na qual os contornos do corpo, o investimento das zonas erógenas

e a distinção entre corpo materno e o corpo da criança permanece confusa (McDOUGALL, 2000, p.44).

Parece que os indivíduos não conseguem ter noção do seu corpo, e só entravam em contato com o fato de estarem com muito peso, quando iam às compras e vivenciavam o incomodo de não encontrar roupas em muitas lojas, já que os tamanhos disponíveis nas lojas estão em consonância com o modelo de corpo propagado pelos meios de comunicação de massa, evidenciando as questões associadas à indústria capitalista.

Os entrevistados, atribuem o seu ganho de peso a hereditariedade ou a situações pontuais estressantes (entrada no ensino médio, tratamento para engravidar ou gravidez). Mc Dougall afirma que, o processo de separação que dá origem ao indivíduo, pode ser temido e ceder lugar a algumas outras soluções, sendo a primeira, a que leva a uma patologia autista quando a mente se fecha ao mundo exterior, e a segunda, que mantém intacta a relação com o mundo exterior, mas o soma pode funcionar de um modo autista, desligado das mensagens afetivas do psiquismo. E assim,

[...] mais tarde na vida, a dor psíquica e o conflito mental, decorrendo de uma fonte de stress interna ou externa, ao invés de serem reconhecidos ao nível do pensamento verbal - e por aí mesmo podendo ser evacuados [...] podem desembocar em soluções psicóticas do tipo alucinatório ou descarregar-se em manifestações psicossomáticas como na primeira infância (McDOUGALL, 2000, p.45).

Todos os entrevistados consideram a cirurgia benéfica porque, não conseguiam ter controle sobre a obesidade, e o reganho aparece como condição do “estilo de vida” (falta de exercícios ou alimentação inadequada). Isso confirma a afirmação de Mc Dougall que diz que:

[...] quando a representação de uma fusão entre os dois corpos (filho e mãe) persiste, isso leva a uma recusa quase total da importância dos outros, ou

ao contrário, a um estado de pânico diante de qualquer evidência de um estado de separação e de alteridade (McDOUGALL, 2000, p. 51).

Ou seja, parece que os entrevistados ao se depararem com um corpo "seu", após o emagrecimento, voltam atrás e novamente repetem a situação vivida na infância quando o indivíduo não era responsável pelo bem-estar do seu corpo. E o indivíduo deposita, na vida adulta, a responsabilidade de cuidar do seu corpo ao nutricionista, endocrinologista, cirurgião.

Assim, muitos entrevistados admitiram não ter controle sobre a obesidade, e uma entrevistada relatou que não consegue ver onde está errando. Este dado confirma a ideia de desafetação, quando McDougall (2000, p.105) afirma que o indivíduo, quando vivencia uma dor, parece regredir a momentos primitivos do desenvolvimento quando emitia respostas somáticas.

O resultado das entrevistas sugerem algumas considerações que serão apresentadas a seguir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu compreender, através das entrevistas realizadas, que o modelo de entendimento e tratamento da obesidade se baseia no modelo médico. Segundo este modelo, a causa da obesidade se resume à ideia de ingestão calórica maior do que é permitido à pessoa e gasto energético menor. Não se questiona, entretanto, o que leva à voracidade, à compulsão alimentar.

Nesse cenário, surgem as cirurgias de redução de estômago, povoadas pelo discurso de melhoria de vida física aliada à perda de peso, através da redução de ingestão de alimentos. O tratamento cirúrgico se tornou a garantia de felicidade, de liberdade, baseadas, contudo, apenas nos impedimentos físicos que a obesidade mórbida traz, como o simples movimentar, sentar/abaixar, correr, amarrar o sapato.

Levando em conta as considerações de Mc Dougall que, “o fato de ejetar a parte psíquica de uma emoção permite a parte fisiológica exprimir-se como na primeira infância, o que leva a ressomatização do afeto” (MCDUGALL, 2000, p.107). Constata-se que o indivíduo descarrega sua tensão através da ação e não se apercebe. Os resultados das entrevistas sugerem que os indivíduos não notaram que a obesidade pode ser uma ameaça, ou uma advertência psíquica, até que problemas graves o acometem.

Isso porque esta descarga no corpo diminui a ansiedade ou a angústia advinda do fato ameaçador, do estresse, dos medos, impossibilitando que possam atribuir o reganho de peso a questões psíquicas que remetam a períodos arcaicos de suas infâncias.

Apesar dos relatos dos benefícios da cirurgia, as falas dos entrevistados indicam que eles não conseguem apropriar-se do seu próprio corpo, transferindo as alterações que lhe ocorrem a objetos externos, como excesso de trabalho, falta de exercícios, má alimentação. E o terror de engordar novamente ocasiona uma nova descarga neste corpo, tornando o processo interminável.

Como diz McDougall (2000), todos podem descarregar suas tensões através da ação quando as circunstâncias são desfavoráveis, mas "aqueles que empregam continuamente a ação como defesa contra a dor mental (quando a reflexão e a elaboração mental seriam mais adequadas) correm o risco de ver sua vulnerabilidade psicossomática crescer" (MCDUGALL, 2000, p.107).

Apesar das discussões realizadas neste trabalho, a partir do pensamento de Joyce McDougall, serão necessários novos estudos, incluindo outros teóricos que abordam os transtornos alimentares, já que as causas destes transtornos não podem se resumir a uma única abordagem.

Considera-se, no entanto, tomando por base os relatos dos indivíduos entrevistados que, os procedimentos da cirurgia bariátrica deveriam ser precedidos não somente de um atendimento psicológico para conseguir um laudo, mas de um trabalho mais intenso no sentido da percepção da importância do autoconhecimento para apoderar-se do próprio ser.

REFERÊNCIAS

- BAUMAN, Zigmunt. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- CAMPOS, Denise Teles Freire. A repetição e o par mania-depressão na clínica psicanalítica das obesidades. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. V. Xi, N. 2, p. 501 – 524, jun. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000200003. Acesso em: 03 abr. 2017.
- COSTA, Jurandir F. *Psicanálise e violência*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.
- FREUD, S. (1895). Estudos sobre a Histeria. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.2, p. 13-298.
- FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.7, p. 123-228.
- FREUD, S. (1915). Os instintos e suas vicissitudes. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.14, p. 129-167.
- LOLI, M. A. A. *Obesidade como sintoma*. São Paulo, Ed. Vetor, 2000.
- MACHADO, Maria Goretti. *A obesidade para o obeso: uma leitura psicanalítica*. 2011. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. - Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Belo Horizonte. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_MachadoMG_1.pdf. Acesso em: 03 abr. 2017.
- MCDUGALL, J. *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Trad. C. E. Reis. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- MCDUGALL, J. *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. Trad. P. H. B. Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- NOVAES, J. V. Vale quanto pesa: Sobre mulheres, beleza e feiúra. In: CASOTTI, L; SUAREZ, M.; CAMPOS, R. D. (Orgs.), *O tempo da beleza: Consumo, comportamento feminino, novos olhares* (p. 144-175). Rio de Janeiro: SENAC, 2008.
- ONU - Organização das Nações Unidas. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/aumentam-sobrepeso-e-obesidade-no-brasil-aponta-relatorio-de-fao-e-opas/>. Acesso em: 03 abr 2017.

PERES, R. S. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Psicologia Clínica*, vol.18, n.1, p.165-177, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652006000100014&script=sciabstract&lng=pt>. Acesso em: 03 abr. 2017.

PERES, Rodrigo Sanches; SANTOS, Manoel Antônio dos. O conceito de psicose atual na psicossomática psicanalítica de Joyce McDougall. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 99-108, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2010000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2017.

ROCHA, Livia; VILHENA, Júnia de; NOVAES, Joana de Vilhena. Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza, v.8, n.2, jun. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000200006. Acesso em: 03 abr. 2017.

VASCONCELLOS, Sheyna Cruz; SEPULVEDA, Karine Rodrigues. Obesidade mórbida: um corpo em evidência e em desamparo. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 92-111, jun. 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2017.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

<u>I. Sobre histórico</u>
1. Você lembra de quando começou a engordar? Atribui a alguma causa específica?
<u>II. Sobre a cirurgia</u>
2. Porque decidiu fazer a cirurgia bariátrica? Fez algum acompanhamento psicológico?
<u>III. Pós-cirurgia</u>
3. Como foi o processo de emagrecimento? Como se sentiu? Qual o maior e o menor peso?
4. Houve reganho de peso? A que você atribui este reganho?
5. Você considera que o excesso de peso te causou sofrimento, ou causa ainda?